N° 54

ÉTUDE

SUR LES

HÉMORRHOÏDES

ET LEUR TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 14 août 1885

PAR

F. GOUDET

Né à Nîmes (Gard)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET.....
LANNEGRACE..... Assesseurs

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲).
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale, ch. du cours	SERRE.
Opérations et appareils. id.	CHALOT.
Pathologie externe.	N.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲). COURTY (✲). I. DUMAS (✲).

Chargés de Cours:

Clinique des maladies des enfants. MM	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés

Messieurs :		Messieurs
JACQUEMET.	MAIRET.	TÉDENAT.
GRYNFELTT.	CHALOT.	BLAISE.
DE GIRARD.	BIMAR.	BAUMEL.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	VILLE.
CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. ESTOR, *président;*
DUMAS, professeur;
BIMAR, agrégé;
BLAISE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de ma Mère

A MON PÈRE

GOUDET

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur ESTOR

A Monsieur le Professeur-Agrégé BLAISE

GOUDET

A MES AMIS

GOUDET

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0112

INTRODUCTION

DIVISION DU SUJET

« Il n'y a pas de maladie sur laquelle on ait autant divagué comme importance, comme pronostic et comme thérapeutique. » Voilà comment M. Verneuil apprécie les divers travaux faits sur les hémorrhoïdes dans une leçon publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du 8 mai 1884. De telles paroles prononcées par un des maîtres de la Chirurgie française sont bien faites pour intimider l'audacieux qui se dispose à écrire sur le sujet. Quel est donc notre but ou notre excuse, à nous modeste élève, en abordant une question aussi rabattue? Nous avons été amené, à propos d'un malade qui nous était cher, à réfléchir sérieusement sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales. Nous avons vu alors combien il était difficile à celui qui débute de se créer sur ce point des notions claires et exactes. Quand on consulte les classiques, on trouve le plus souvent une énumération aride des divers procédés employés; la critique manque quelquefois; quand elle existe, l'auteur se laisse entraîner par ses sympathies personnelles et l'on voit ainsi des auteurs

consciencieux conclure d'une façon différente et opposée. Si l'on s'adresse aux mémoires spéciaux, aux thèses en particulier, il est encore plus difficile de former son jugement: chaque écrivain prône la méthode qu'il préconise au détriment de toutes les autres. Il n'est pas à dire toutefois qu'on ne trouve point d'auteur qui ne prenne pour ligne de conduite un éclectisme éclairé reposant sur la saine observation clinique. M. Gosselin, dans ses leçons de la Charité, se livre à un examen judicieux des diverses méthodes de traitement et c'est l'esprit qui règne dans ses cliniques qui nous guidera dans notre travail; il nous faut, en effet, une autorité que nous n'avons pas, pour discuter et combattre quelquefois les opinions émises par des maîtres éminents.

Il est maintenant facile de comprendre les difficultés que nous avons éprouvées. Aujourd'hui, s'il faut en croire certains, le plus grand nonmbre peut-être, la question des hémorrhoïdes est jugée au point de vue thérapeutique: «la cure des hémorrhoïdes sur laquelle on a tant écrit et depuis si longtemps peut se résumer en deux moyens: 1° les lavements froids et les laxatifs légers pour les cas minimes; 2° la dilatation forcée pour les cas graves.» Voilà pour M. Verneuil et ses élèves la route à suivre: pas la moindre hésitation. Malheureusement l'accord n'est pas parfait. M. Gosselin protestait déjà contre la généralisation à tous les cas du procédé de la dilatation qui est certainement utile à quelques-uns. Tout

récemment encore, M. Richet, dans une leçon publiée dans la *Semaine médicale* (4 mars 1885), s'exprimait ainsi : « Certains chirurgiens, M. Verneuil en particulier, ont proposé comme traitement des hémorrhoïdes d'enlever l'étranglement, c'est-à-dire de dilater l'anus. Eh bien ! je m'élève contre cette pratique. . . . Nombre de malades ainsi traités reviennent de nouveau avec des hémorrhoïdes. . . . Le traitement par la dilatation n'est donc pas un traitement définitif. C'est un traitement palliatif ; il est destiné à soulager, mais c'est tout ce qu'il faut en attendre. »

Nous ne citons ces quelques passages que pour montrer l'état de la question. Nous ne voulons point discuter en ce moment la valeur de tel ou tel moyen thérapeutique. Nous ajouterons cependant que cette tendance d'appliquer un même moyen à une maladie ayant des modalités fort différentes, ne nous paraît point logique. Aussi nous voudrions essayer, en examinant les diverses méthodes de traitement, en les jugeant d'après la clinique, de déduire une ligne de conduite pour le jeune praticien.

Nous ne venons pas en un mot préconiser tel ou tel moyen en repoussant tous les autres. Nous voudrions au contraire voir dans quels cas tel ou tel moyen convient. C'est là une œuvre de critique fort délicate, peut-être au-dessus de nos forces. Mais enfin, sûr de la bienveillance de nos Juges, nous n'hésitons pas à présenter un travail qui sera certainement

utile à nous-mêmes et peut-être à quelques-uns. Nous nous appuierons sur les faits que nous avons pu observer pendant nos études à l'hôpital Saint-Éloi.

Le plan que nous suivrons sera d'ailleurs fort simple; dans un premier chapitre, nous dirons quelques mots sur la circulation du rectum et la pathogénie des hémorrhoïdes: pour traiter une lésion il faut en bien connaître la disposition anatomique et le mode de formation.

Le second chapitre sera réservé à l'exposé clinique des hémorrhoïdes: nous verrons que celles-ci se présentent sous des formes extrêmement variables au point de vue de la disposition locale, d'où des indications spéciales qui seront posées dans le troisième et dernier chapitre.

Nous ne nous occuperons pas de la question, si controversée jadis, de savoir si l'on doit ou non guérir les hémorrhoïdes, ces *veines d'or* qui étaient pour Alberti et bien d'autres une cause de longévité (Alberti, *De hemorrhoïdis longævitatis causâ*). Aujourd'hui les idées hypocratiques et stahliennes ont perdu beaucoup de leur vogue et les tumeurs hémorrhoïdales ne sont plus considérées comme des maladies qu'il est dangereux de guérir. D'ailleurs, « dans ce cas particulier, comme dans le plus grand nombre, les opinions extrêmes sont très probablement en dehors de la vérité. Un optimisme sans réserve est aussi peu conforme aux saines données de l'expérience et du raisonnement qu'une défiance systématique con-

duisant à une thérapeutique militante toujours énergique, toujours perturbatrice..... Pour tracer le chemin qu'il faut suivre au milieu d'opinions contradictoires, il n'y a qu'à demander à l'analyse clinique les lumières qu'elle peut nous fournir. Appliquée sagement à chaque fait, l'analyse nous permettra de distinguer les cas où les hémorrhoïdes sont un bienfait de la nature, de ceux où leurs inconvénients, loin d'être balancés par un avantage proportionné, exposent à des dangers immédiats ou ultérieurs.» (Benoît, *Montpellier médical* 1860, p. 99.)

ÉTUDE

SUR LES HÉMORRHOÏDES

ET LEUR TRAITEMENT

CHAPITRE I.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES. — PATHOGÉNIE.

1. Considérations Anatomiques.

On sait que l'on entend par *varices*, la dilatation permanente et pathologique des veines. Les hémorrhoïdes sont les varices du rectum et de l'anus.

Nous ne donnerons point une description détaillée de ces deux organes, il nous suffira de rappeler les notions utiles à connaître pour comprendre le sujet. Le rectum est la dernière partie du gros intestin. Faisant suite à l'S iliaque, il s'étend depuis la symphyse sacro-iliaque jusqu'à l'anus. Sa longueur est de 18 à 22 centimètres. Son calibre normal

égale celui du petit intestin, mais les irrégularités de la défécation peuvent y amener d'énormes dilatations surtout chez la femme.

En laissant de côté la séreuse péritonéale peu importante pour nous, le rectum est constitué par trois tuniques qui sont en allant de dehors en dedans: une tunique musculeuse, une couche celluleuse lache, une tunique muqueuse.

La première est constituée par les fibres longitudinales et circulaires de l'intestin. Les fibres longitudinales superficielles résultent de la fusion des trois bandelettes qui parcourent le gros intestin et qui en se réunissant constituent une véritable gaîne musculaire au rectum. Vers leur extrémité inférieure, ces fibres s'entrecroisent avec celles du sphincter externe et du releveur de l'anus. Les fibres circulaires ont un peu plus d'importance. Elles se présentent en divers points en faisceaux plus épais. Tout d'abord à l'origine du rectum, nous trouvons un premier anneau musculaire: c'est le sphincter d'O'Beirn qui empêche les matières fécales de passer de l'S iliaque dans le rectum, le passage n'aurait lieu qu'au moment où l'acte de la défécation deviendrait nécessaire. C'est là un rôle que le sphincter d'O'Beirn peut jouer dans le jeune âge ou chez quelques rares privilégiés. Plus tard, il n'en est pas ainsi: les chirurgiens le savent fort bien et nul ne pratique le toucher rectal sans avoir prescrit un lavement. A 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'anus, au niveau de la base de la prostate, nouvelle accumulation de fibres musculaires, formant il est vrai un anneau moins fort que le précédent, et signalé pour la première fois par Nélaton.

Enfin, à l'extrémité inférieure du rectum nous trouvons un anneau musculaire de beaucoup le plus fort: c'est le sphincter interne; il est situé au-dessus et en dedans du sphincter externe de l'anus. Sans limite précise en haut, il se termine en bas à la ligne circulaire qui sépare la peau de la muqueuse

anale, sa hauteur est d'environ 3 centimètres. Il n'est pas sous l'influence de la volonté.

Au-dessous de cette tunique musculaire, nous trouvons une couche de tissu cellulaire lache. Sa laxité est surtout marquée à la partie inférieure de l'intestin, d'où la fréquence des prolapsus de la muqueuse.

La muqueuse est remarquable par ses plis : les uns sont verticaux et remontent de l'anus jusqu'à 5 ou 6 centimètres au-dessus : *colonnes du rectum ou de Morgagni.* D'autres plis horizontaux se voient à la partie inférieure ; leur disposition curviligne les fait ressembler à des valvules sygmoïdes, ce sont les *valvules semi-lunaires* du rectum. Enfin, signalons au niveau du sphincter de Nélaton un pli muqueux beaucoup plus marqué et qui porte le nom de *valvule de Houston.*

La muqueuse du rectum se continue sur la partie interne de l'anus où elle s'unira avec la peau du périnée. Le point de réunion de ces deux téguments est quelquefois marqué par une ligne sinueuse formant une série d'arcades à concavité supérieure et auxquelles répondent des dépressions en cul-de-sac de la muqueuse rectale. Il est facile de comprendre déjà que l'anus n'est pas un simple orifice. C'est un véritable canal mesurant de 2 à 3 centimètres. Région anale et portion sphinctérienne du rectum sont deux expressions synonymes (Tillaux). Ce qui domine, en effet, dans la région anale, c'est le système musculaire : nous connaissons déjà le sphincter interne, nous avons vu les fibres longitudinales venant se terminer à ce niveau. Il faut y ajouter encore le *sphincter externe*, muscle à fibres striées. Ce muscle a plus de deux centimètres de hauteur. Il constitue une forte boutonnière musculaire qui embrasse l'extrémité inférieure du rectum s'attachant, en avant, à la face profonde de la peau des bourses et à la bandelette fibreuse verticale qui donne insertion aux bulbo-caverneux, en arrière, à l'extrémité du coccyx et

au raphé-anococcygien. Ajoutez à cela les fibres provenant du releveur de l'anus se portant les unes à la face profonde de la peau en traversant le sphincter, les autres contournant le rectum (faisceau rétracteur de l'anus), et vous aurez, sinon une description complète, du moins une idée nette de la musculature de cette région.

Un mot maintenant sur les nerfs, les lymphatiques, artères et veines.

Nous ne faisons que signaler la double source d'*innervation* du rectum : le système cérébro-spinal par le plexus-sacré, le système ganglionnaire par le plexus hypogastrique.

Des *lymphatiques*, les uns, ceux du rectum vont se jeter dans une petite chaîne de ganglions située à la partie postérieure du rectum, les autres, ceux de l'anus, vont pour la plus grande part se jeter dans les ganglions inguinaux en remontant le périnée d'arrière en avant.

Les *artères* sont représentées par les trois hémorrhoïdales : supérieure, moyenne et inférieure qui constituent par leurs anastomoses un cercle artériel unissant la mésentérique supérieure qui fournit l'hémorrhoïdale supérieure à l'hypogastrique, laquelle fournit directement l'hémorrhoïdale moyenne et l'hémorrhoïdale inférieure par une de ses collatérales, la honteuse interne.

Restent maintenant les *veines*. Leur connaissance exacte est due aux travaux de M. Verneuil (*Bulletin de la soc. anat.* 1855) de M. Gosselin, de MM. Dubrueil et Richard (*Arch. de Phys. normale et path.* 1868), de M. Duret (*Arch. génér. de médecine* 1879-1880).

Un premier point à noter, c'est que les veines du rectum, comme du reste toutes celles du système porte, sont dépourvues de valvules.

On distingue deux groupes de veines : 1° celui des veines hémorrhoïdales supérieures ou internes se jetant dans la

petite mésaraïque; 2° le groupe des hémorrhoïdales moyennes et inférieure réunies sous le nom général d'hémorrhoïdales externes qui sont des branches de l'hypogastrique et de la honteuse interne.

Nous trouvons donc là deux départements veineux communiquant entre eux mais jouissant d'une indépendance relative. Cette disposition s'explique par l'embryogénie. Le rectum et l'anus sont d'abord séparés, ont leurs vaisseaux propres. Plus tard, ils se soudent ensemble. Cela permet de comprendre la division en trois zones établies par M. Duret: *zone cutanée*, siège des hémorrhoïdes externes proprement dites; *zone moyenne ou fibroïde* représentant la ligne de réunion du cul-de-sac rectal et de la dépression anale: nous trouverons ici les hémorrhoïdes cutanées-muqueuses développées aux dépens des veines hémorrhoïdales moyennes; enfin, la *zone muqueuse ou rectale* proprement dite qui est la plus importante.

En somme, les veines du rectum sont disposées sous forme de deux réseaux, l'un sous-muqueux, l'autre sous-musculaire, s'anastomosant entre eux à travers les tuniques du rectum.

Voici d'ailleurs la description très simple et très nette qu'on peut en donner, d'après le travail de M. Duret, bien résumé dans le *Traité de pathologie externe de Follin et Duplay*, t. VI, p. 450 : « Le réseau sous-musculaire qui repose en bas sur le sphincter externe de l'anus, se jette dans les veines hémorrhoïdales moyenne et inférieure, branches de l'hypogastrique.

Le réseau sous-muqueux, surtout riche dans sa partie inférieure, au voisinage de l'anus, aboutit à une dizaine de branches veineuses qui montent sous la muqueuse jusqu'à une hauteur de 10 à 12 centim., puis perforent la paroi rectale pour s'engager dans le méso-rectum et se jeter dans la

petite mésaraïque. Au moment où ces veines traversent la portion musculaire du rectum, elles s'engagent dans un système de boutonnières musculaires, l'une verticale, l'autre horizontale dues à l'écartement des fibres musculaires longitudinales et circulaires. Ces boutonnières n'ont point de bordure fibreuse pour protéger les veines lorsque les fibres se contractent.

Ces 10 à 12 branches présentent à leur origine, à environ un centimètre de l'orifice anal, de petites ampoules de la grosseur d'un grain de blé à celui d'un pois. De chacune de ces ampoules on voit partir une petite veine qui traverse les fibres musculaires inférieures du sphincter interne et supérieures du sphincter externe pour aller se jeter dans les rameaux d'origine des hémorrhoïdales moyennes et inférieures. Ces veinules relient ainsi le système de la veine-porte au système général. Elles portent le nom de *canaux de dérivation*. Quand la pression augmente dans le système porte, le sang des hémorrhoïdales supérieures passe dans le système veineux général grâce à ces canaux de dérivation.

Nous connaissons maintenant suffisamment la région anatomique sur laquelle siègent les hémorrhoïdes, essayons de comprendre leur mode de production.

II. Pathogénie.

Nous sommes loin de la doctrine de la fluxion hémorrhoïdale, employée par la nature pour se débarrasser d'un trop plein, suivant l'idée de Stahl. Les progrès sont même tels que M. Daniel Mollière déclare que dans l'état actuel de la science, il est impossible de comprendre le sens du mot fluxion. Soyons donc nous aussi mécaniciens pour exposer les théories récentes. Nous ferons nos réserves ensuite. Il

s'agit tout d'abord de bien comprendre le système de la veine-porte et sa physiologie.

Le tronc de la veine-porte est constitué par la fusion : 1° de la *grande mésaraïque* ou *veine mésentérique supérieure*, qui ramène le sang de tout l'intestin grêle et de la moitié droite du gros intestin ; 2° *de la veine splénique ;* 3° *de la petite mésaraïque* qui reçoit les trois veines coliques gauches et les veines rectales.

Le tronc ainsi formé va se résoudre de nouveau en capillaires dans le foie pour donner naissance aux veines sus-hépatiques qui vont dans la veine-cave supérieure.

Ce système porte n'est pas aussi isolé dans l'économie qu'il le paraît tout d'abord. M. Sappey a décrit cinq groupes de veines-portes accessoires : ce sont des veinules qui viennent se jeter dans le foie et s'y distribuer comme les canaux du tronc porte. Les unes viennent des viscères voisins : estomac, foie, vésicule biliaire ; les autres, les plus importantes pour nous, viennent des parois : ce sont : *le groupe du ligament suspenseur* qui vient de la partie inférieure du diaphragme ; *le groupe ombilical ou parombilical* provenant de la portion sus-ombilicale de la paroi antérieure de l'abdomen. Leurs racines communiquent avec les veines épigastriques, sous-cutanées abdominales, mammaire interne. Elles enlacent le cordon de la veine ombilicale.

Mais il y a encore d'autres anastomoses que l'on désigne sous le nom de *voies latentes de Charcot.* Ces voies sont représentées par trois systèmes veineux : 1° le système veineux œsophagien, unissant la coronaire stomachique avec les œsophagiennes supérieures. La coronaire stomachique communique encore avec les diaphragmatiques supérieure et inférieure ; 2° le système des hémorrhoïdales ; 3° le système de Retzius, décrit en 1833, et représenté par des veinules qui de l'intestin vont se jeter directement à la veine-cave infé-

rieure ou à un tronc efférent de la veine-cave inférieure. Rindfleisch a signalé un cas où ce système était très dilaté.

En somme, tous ces systèmes, veines-portes accessoires ou voies latentes de Charcot, constituent de véritables canaux de dérivation mettant en relation le système porte central avec le système veineux général. Qu'un obstacle à la circulation porte survienne, la direction du courant sanguin changera de direction dans tous les petits systèmes accessoires et le sang de la veine-porte pourra, au moins en partie, refluer dans le système veineux général. Mais toutes ces communications ne sont pas d'égale importance: avec M. Duret, nous ne tiendrons compte que des trois groupes veineux qui suivent: 1° groupe supérieur: anatomoses périœsophagiennes; 2° groupe moyen : anastomoses périombilicales; 3° groupe inférieur: anastomoses périrectales.

Voyons maintenant comment se fait la circulation dans le système porte. Nous empruntons ces notions au mémoire de M. Duret et à l'article sur la veine-porte du dictionnaire de Jaccoud.

La progression du sang dans la veine-porte est due à trois causes principales: 1° à la vis à tergo; 2° à l'aspiration thoracique s'exercant sur la veine-cave (Bérard); 3° à la compression exercée par l'abaissement du diaphragme sur les viscères abdominaux. Rosapelly (1873) a montré que c'était là la cause la plus efficace.

Dans l'effort abdominal, le sang de la veine-porte est chassé avec une très grande énergie vers le thorax. Dans l'effort thoraco-abdominal, il n'en est plus de même. L'effort se caractérise par l'occlusion de la glotte et une expiration forcée prolongée. Or, l'expiration forcée porte au maximum la tension dans les veines-caves inférieures. Les capillaires du foie ne pourront donc se déverser.

D'un autre côté, dans l'effort général, le diaphragme est

fortement abaissé : la veine-porte est comprimée. La tension du sang qu'elle contient augmente d'autant plus qu'il ne peut s'écouler dans la veine-cave inférieure. Aussi voit-on cette tension s'élever de 7^{mm} à 22^{mm} et même 32^{mm}.

La circulation ne peut donc se faire par les voies naturelles pendant l'effort thoraco-abdominal. Des trois voies d'échappement, deux sont fermées, les œsophagiennes et les hémorrhoïdales ; il ne reste que la voie péri-ombilicale qui est insignifiante à cause de la contraction des parois. Il n'y a donc pas de voie d'écoulement à proprement parler et à chaque nouvel effort la turgescence du système augmentera.

Le système veineux hémorrhoïdal subit nécessairement le contre-coup de cet état de choses. Le retour du sang dans la veine-porte est impossible.

D'un autre côté, les canaux de dérivation sont fermés par la contracture du sphincter. Celui-ci finit ordinairement par être forcé, le bol fécal passe, les canaux de dérivation deviennent perméables et le sang des veines hémorrhoïdales supérieures peut s'écouler dans les hémorrhoïdales inférieures et de là dans l'hypogastrique. Si la contracture persiste, s'il y a ténesme rectal, l'écoulement du sang est impossible. Il y a dilatation des veines et surtout, au début, des petites ampoules terminales. Celles-ci, devenues turgescentes, titilleront la muqueuse rectale comme les polypes utérins irritent la muqueuse utérine. Elles en déterminent la congestion, la vascularisation par action réflexe. Si l'irritation s'exagère, elles amèneront la contracture du sphincter avec ses conséquences. Que ces phénomènes se reproduisent souvent grâce à un état de constipation habituelle et les hémorrhoïdes seront bientôt réalisées.

Une pathogénie encore plus mécanique est celle qui attribue la formation des hémorrhoïdes à la rétention du bol stercoral. « L'habitude de rester sourd à la demande du rectum

d'être exonéré et de supprimer par la contraction du sphincter externe le besoin d'aller à la selle a de fâcheuses conséquences. La sensibilité du rectum finit par s'émousser, la constipation s'établit et il y a compression directe des vaisseaux par le bol fœcal. Dans ces conditions, l'effort pour la défécation doit être très considérable.

Ainsi pour les auteurs modernes, M. Gosselin en tête, c'est un acte mécanique qui domine tout, la contracture du sphincter, l'étranglement des veines par les boutonnières musculaires. Pour M. Fontan, la contracture du sphincter domine la pathogénie des hémorrhoïdes. Il admet même une contracture *idiopathique*, affection nerveuse essentielle, capable de produire l'exagération des troubles circulatoires déjà produits par la contraction physiologique des plans musculaires du rectum. Peu à peu, au bout de plusieurs années, cette contracture amènerait la formation d'une tumeur hémorrhoïdale.

Nous sommes loin de la théorie fluxionnaire de Stahl. Et cependant déjà des écrits assez nombreux montrent que ces idées que l'on a tant critiquées ne sont point aussi fausses qu'on veut bien le dire. «Cette théorie physiologique, dit M. Duplay (pag. 451) rend bien compte de la pathogénie des hémorrhoïdes internes, mais elle reste impuissante pour expliquer le mode de production des hémorrhoïdes externes.

Les sphincters ne jouent ici aucun rôle, puisque les veines hémorrhoïdales inférieures n'ont pas à traverser d'anneaux musculaires avant de s'aboucher dans les veines hypogastriques. Aussi, comme nous le verrons dans un instant, en dehors des cas où les hémorrhoïdes externes sont symptomatiques de la grossesse ou d'une tumeur abdominale gênant la circulation veineuse générale, est-on obligé de rapporter leur dilatation à des phénomènes de fluxion dont la véritable cause est loin d'être encore démontrée.

D'ailleurs, même pour le développement des hémorrhoïdes

internes, il faut certainement tenir compte d'un élément de même nature ; nous voulons parler de la congestion des veines rectales, provoquée par des troubles vaso-moteurs réflexes..... Aussi, on est toujours contraint d'en revenir à la vieille idée de la fluxion hémorrhoïdaire, admise au XVIII[e] siècle par Stahl et son école, et qui tout obscure qu'elle soit encore s'explique jusqu'à un certain point par les troubles vaso-moteurs.

M. Duret lui-même qui est fort partisan de la théorie mécanique dont il a contribué à donner les raisons anatomiques, insiste sur le rôle des troubles vaso-moteurs réflexes. Sous l'influence de causes variées, il se fait un travail local, préparatoire, irritatif, plus ou moins douloureux qui détermine un état de souffrance dans les parties vaso-motrices des centres nerveux qui président à la circulation de cette région.

M. Lancereaux (*Anat. path.*, t. II, 1879-1881) formule avec encore plus de netteté cette théorie nerveuse. «Il existe, dit-il, des varices des branches de la veine-porte subordonnées à des troubles nerveux entraînant la suppression du tonus nerveux.» Il rapporte à l'appui un cas de varices des veines coliques rapporté par Neelsen dans le *Berlin*, Kl. Woch 1879 ; un autre cas de Kœster, observé chez un aliéné : les veines du jéjunum et de l'iléon présentaient des nodosités rouge bleuâtre variant depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à la grosseur d'une cerise. Pour lui les causes anatomiques sont tout au plus des causes prédisposantes, car elles existent chez tous les individus. Les causes efficientes se trouvent dans les tempéraments nerveux, herpétiques, goutteux, sujets au molimen hémorrhagique. «Varices et hémorrhoïdes paraissent être l'effet de fluxions répétées ou même d'un travail phlegmasique entièrement subordonné à l'influence du système nerveux et par conséquent de simples troubles trophiques.» (Lancereaux.)

Voilà un retour aux anciens assez complet. Nous ne multiplierons pas les citations. Faisons remarquer en passant que

les diathèses jouent un rôle et que parmi celles-ci l'arthritisme surtout a, avec les hémorrhoïdes, des liens extrêmement intimes. Il est rare qu'un hémorrhoïdaire ne soit pas plus ou moins arthritiques.

Ces idées nouvelles qui ne sont que la reproduction des idées anciennes ont été forcément formulées par les observateurs consciencieux qui ont bien vu que la théorie mécanique ne pouvait répondre à certaines questions, aux suivantes par exemple : pourquoi les tumeurs hémorrhoïdales ne sont-elles pas persistantes ? Pourquoi peuvent-elles disparaître et reparaître alternativement ? Comment expliquer la persistance des hémorrhoïdes quand il y a relâchement du sphincter ? Sans doute ce sont là des arguments négatifs en faveur de la théorie de la fluxion. Mais il existe aussi des faits qui la défendent mieux. Chez certaines femmes, la fluxion utérine menstruelle s'accompagne d'une fluxion rectale. Les excitations de toute nature provoquent une poussée hémorrhoïdale, c'est de connaissance vulgaire.

Chez certains individus pléthoriques, on a pu observer de l'intermittence et de la périodicité dans le flux hémorrhoïdal. Enfin, dans certains cas, on voit une crise de goutte se développer à la suite de la cessation d'une crise hémorrhoïdaire et *vice versa* (Duplay). Ainsi donc, les raisons anatomiques ne sont pas suffisantes pour expliquer tous les cas. Cela nous permet déjà de prévoir qu'un traitement unique ne peut convenir dans tous les cas.

Tout ce que nous venons de dire s'applique aux hémorrhoïdes *idiopatiques*, c'est-à-dire ayant une existence indépendante de toute autre lésion.

Nous n'avons qu'un mot à dire sur la pathogénie des hémorrhoïdes *symptomatiques* qui se développent sous l'influence d'une gêne de la circulation dans le système porte ou le système de la veine-cave. La grossesse, une tumeur abdominale peuvent amener des dilatations passives des

veines hémorrhoïdales. D'autres causes sont moins évidentes: on a signalé l'hypertrophie, les tumeurs de la rate, certaines altérations des reins, les affections cardiaques, l'emphysème pulmonaire lui-même. Nous n'insisterons pas, car le traitement nous importe peu puisqu'il doit s'adresser à la cause.

Dans d'autres circonstances, les hémorrhoïdes peuvent être symptomatiques non d'une lésion, d'un néoplasme, mais d'un trouble pathologique, de congestions hépatiques en particulier. Aussi faut-il traiter toutes les diathèses et tous les états généraux, comme le rhumatisme, la goutte, l'impaludisme qui déterminent des congestions hépatiques ou sphéniques. A ce sujet là nous ferons remarquer le fait établi par Monneret, à savoir que l'apparition des hémorrhoïdes est rare dans la cirrhose du foie. Il y a cependant là une gêne circulatoire manifeste. Il est vrai que la voie d'échappement para-ombilicale est très développée. Enfin, M. Cornil, en 1874, a trouvé une autre voie collatérale: dans la cirrhose, il se forme à la surface du foie des productions nouvelles établissant des adhérences entre le foie et le tissu conjonctif du péritoine diaphragmatique également altéré. Ces productions fibreuses ont une très riche vascularisation qui expliquerait pourquoi la gêne apportée dans la veine-porte, par les cirrhoses, est rarement assez considérable pour rendre variqueuses les veines rectales.

Nous n'insistons pas, car nous ne voulons nous occuper que des hémorrhoïdes idiopathiques.

Nous avons insisté sur la pathogénie, parce que nous avons cru qu'il était nécessaire d'être fixé sur cette question pour bien comprendre le traitement. Tout chirurgien qui ne verra dans les hémorrhoïdes que le résultat d'une contracture musculaire, leur appliquera le traitement de cette dernière, la dilatation forcée. Mais le chirurgien digne de ce nom, qui associera aux notions précises de l'anatomie et de la physio-

logie les saines doctrines d'une pathologie générale fondée sur l'observation clinique, verra s'élargir le cadre du traitement. Il verra des états généraux à combattre, des fluxions à révulser ou à dériver quand elles sont réalisées. Dans certains cas même, il les favorisera pour prévenir une fluxion vers un organe plus important, l'usage de l'aloès peut en effet déterminer une poussée hémorrhoïdale. Telles sont les idées que nous partageons. Elles nous ont été inspirées par nos Maîtres.

En terminant ce chapitre, nous nous demandons si nous ne nous abusons pas en employant le mot fluxion, ou plutôt si ce mot répond à quelque chose. M. Mollière dit, en effet, que ce mot n'a pas de sens scientifique. Nous nous en tiendrons à une interprétation déjà un peu ancienne: « J'appelle *fluxion* tout mouvement qui porte le sang ou une autre humeur sur un organe particulier, avec plus de force, ou suivant un autre ordre que dans l'état naturel.» (Barthez, *Trait. méthodique des fluxions*, Montpellier 1816.)

CHAPITRE II.

ÉTUDE CLINIQUE

I. Anatomie Pathologique.

Quelques mots tout d'abord sur les caractères *anatomo-pathologiques* des tumeurs hémorrhoïdales. Une première division est admise par tous les auteurs: il y a des *hémorrhoïdes externes* siégeant sous cette portion du tégument qui limite le pourtour de l'anus, au-dessous du sphincter de l'anus; des *hémorrhoïdes internes* développées sur le réseau terminal des veines hémorrhoïdales supérieures et occupant par conséquent le rectum.

1° *Hémorrhoïdales externes.*—Celles-ci ont pour caractères propres de rester toujours au-dehors, de ne pouvoir être réduites, de présenter sur chacune des faces de la tumeur une couleur différente (Gosselin).

Elles peuvent varier d'aspect suivant leur nombre et leur disposition autour de l'anus. Elles dépassent rarement le volume d'une noisette. Si l'on fait une coupe d'une hémorrhoïde récente, on trouve une ou deux veines dilatées, présentant soit une ampoule latérale soit une ampoule circulaire. Ces dilatations sont tapissées par un endothélium qui se continue avec celui des veines; les injections démontrent d'ailleurs en dernière analyse la nature veineuse de ces tumeurs. Mais bientôt, sous l'influence de congestions répétées,

les parois veineuses sont rompues, du sang s'épanche dans le tissu conjonctif périphlébétique. Les parois sont devenues dures et lardacées; il peut même se développer de petites bourses séreuses entre les téguments et les veines variqueuses (Verneuil). C'est cet aspect qui avait mérité à ces tumeurs le nom de *kyste hématique du tissu cellulaire* (Cullen, Delaroque). D'autres fois on trouve à la coupe de véritables vacuoles limitées par des parois contenant des fibres musculaires dépendantes du sphincter externe (*hémorrhoïdes érectiles* de Laennec et Béclard).

Dans certaines circonstances des artérioles se développent dans ces tumeurs, au point de leur mériter le nom d'*hémorrhoïdes artérielles* (Mollière).

L'évolution anatomo-pathologique donne des résultats différents; tantôt il y a *résolution;* le sang se coagule, le caillot se résorbe ou s'organise et il ne reste plus que des tumeurs d'apparence verruqueuse désignées sous le nom de *marisques.*

L'induration est un second mode de terminaison: la cavité de la veine est effacée et isolée; autour d'elle on trouve un tissu, blanc et dur, riche en vaisseaux de nouvelle formation. Fréquemment deux tumeurs ainsi indurées et voisines, présentent des excoriations, source de douleurs vives.

Enfin, *la suppuration* peut survenir. Il peut y avoir endophlébite suppurée ou de petits abcès phlébitiques circonscrits (Chssaignac). Cette terminaison est peu grave quoi qu'on en ait dit.

2° *Hémorrhoïdes internes.* — Elles siègent sur les hémorrhoïdales supérieures et ne dépassent pas par conséquent le point où ces veines traversent la couche musculaire. Elles se présentent sous la forme de couronne circulaire ou en grappes. Elles sont lisses, quelquefois bosselées, sessiles ou pédiculées. Elles s'affaissent très vite sur le cadavre et on doit employer les injections pour les étudier.

Nous ne signalons que pour mémoire la division d'Allingham qui distingue dans les hémorrhoïdes internes trois périodes: *capillaire, artérielle, veineuse.*

A la période capillaire, l'hémorrhoïde est formée par un réseau capillaire très serré, recouvert d'une fine muqueuse. Son aspect et la sensation qu'elle donne au doigt rappellent celui de la framboise.

Dans la période artérielle, la tumeur serait constituée par des artères et des veines anastomosées entre elles. Cette forme est absolument niée par Gosselin dans son mémoire de 1866 sur les hémorrhoïdes.

Ces deux variétés peuvent se transformer en hémorrhoïdes veineuses. Mais celles-ci sont ordinairement primitives: ce sont des bosselures lisses, arrondies, bosselées, réductibles, ressemblant à des raisins noirs. La muqueuse s'hypertrophie à la longue et s'indure même. Quelquefois, dans les cas anciens, la muqueuse présente les lésions de l'inflammation chronique.

II. Symptomatologie.

Au début les phénomènes passent inaperçus pour le malade. A la suite d'un excès quelconque, de table, de plaisir ou d'équitation, le malade éprouve une légère chaleur à l'anus, quelques démangeaisons, un peu de cuisson pendant la défécation, puis les choses s'amendent et le malade oublie. Mais les mêmes conditions se reproduisant, ces mouvements congestifs vers le rectum se répètent. Le sujet éprouve une certaine pesanteur à l'anus; le malade sent son rectum. Il va à la selle avec peine et constate bientôt la présence d'une petite quantité de sang. Un examen rapide permet alors de constater la présence de bourrelets hémorrhoïdaux. C'est là

l'exemple d'une fluxion hémorrhoïdale légère. Dans d'autres cas, cette poussée peut être assez intense pour déterminer des phénomènes généraux: plénitude et fréquence du pouls, céphalalgie, anorexie, fièvre. En même temps, du côté de l'anus, les phénomènes s'accentuent: la défécation devient très pénible, il peut se produire des pertes de sang très abondantes. Le mouvement fluxionnaire s'atténue ensuite et il survient un calme relatif jnsqu'à ce que les phénomènes se reproduisent. Ainsi donc au début, c'est ordinairement la répétition de la fluxion vers le rectum qui provoque l'apparition des hémorrhoïdes, favorisées, bien entendu, par les dispositions anatomiques. Quand celles-ci sont réalisées, qu'elles sont devenues permanentes, elles subiront encore des variations dans leur état sous l'influence des mouvements fluxionnaires dont on ne peut contester l'existence.

Ce sont là les symptômes généraux et locaux communs à toutes les variétés d'hémorrhoïdes. Examinons maintenant les diverses particularités qu'elles peuvent nous offrir suivant qu'elles sont externes ou internes.

1° Hémorrhoïdes externes.—Suivant leur état et leur aspect M. Gosselin les a qualifiées de *flasques, turgescentes, atrophiées (marisques);* d'après leur revêtement tégumentaire, il a distingué des hémorrhoïdes *cutanées*, *muqueuses* ou *cutanéo-muqueuses.* A l'état de flaccidité ou d'atrophie, elles inquiètent fort peu les malades. Turgescentes, elles présentent des lobes arrondis, rénitents, douloureux à la pression. Il y a infiltration de sérosité dans le sinus conjonctif environnant. Il y a gêne dans la marche, douleur dans la défécation. Cependant en examinant le rectum on voit que celui-ci est indemne et que le sphincter n'est nullement contracturé, pourvu que les hémorrhoïdes externes soient bien seules et qu'elles ne soient pas accompagnées d'excoriations ou de fissures dé-

terminaut une contracture réflexe, Quoi qu'il en soit, notons ce fait: la contracture n'existe pas toujours. D'ailleurs il est fort difficile de distinguer la contracture de la tonicité physiologique du sphincter. Celle-ci est extrêmement variable.

Au point de vue clinique, on peut considérer un sphincter comme ayant son tonus normal, si l'index est introduit sans peine et si le doigt conserve sa teinte rosée habituelle et ne prend pas cette couleur pâle que cause la compression. Cette turgescence ne dure pas. Nous avons vu les divers modes d'évolution des hémorrhoïdes externes, à propos de l'anatomie pathologique. Nous n'y reviendrons pas: assez souvent ces tumeurs externes coïncident avec des varices internes, mais alors ces dernières ont une importance majeure.

2° Hémorrhoïdes internes. — M. Fontan divise les hémorrhoïdes en général en trois grandes classes: 1° hémorrhoïdes indifférentes; 2° hémorrhoïdes intolérables; 3° hémorrhoïdes graves. Cette division serait bonne pour poser l'indication générale de l'intervention ou de l'abstention. Mais pour une description clinique, elle nous paraît devoir être rejetée. Il en est de même de celle d'Allingham.

Nous ne trouvons pas de description plus en rapport avec la clinique que celle qui a été donnée par M. Gosselin. Il les divise en non procidentes et procidentes. Ces dernières sont elles-mêmes subdivisées en quatre variétés: 1° hémorrhoïdes procidentes et saignantes, facilement réductibles; 2° hémorrhoïdes procidentes et réductibles, mais douloureuses; 3° prolapsus douloureux, lentement réductible; 4° hémorrhoïdes internes procidentes et irréductibles par étranglement serré.

Donnons une description rapide de chacune des variétés.

A. *Hémorrhoïdes internes non procidentes.* — Celles-ci évoluent au-dessus du sphincter et ne sortent pas. Le malade

peut les ignorer. Quelquefois elles ne gênent pas: c'est l'exception. Ordinairement elles sont soumises à des fluxions fréquentes et à ce moment là, le malade éprouve de la pesanteur dans l'anus, quelquefois même des douleurs qui s'irradient dans le bassin et vers les organes génitaux. La défécation est très pénible ; elles coïncident avec une constipation opiniâtre. L'hémorrhagie se produit ordinairement après le passage du bol fécal. Ces hémorrhoïdes peuvent évoluer sans sortir au dehors, sans donner beaucoup de sang. Quelquefois à la longue la muqueuse s'indure, présente une véritable inflammation chronique qui donne naissance à un écoulement de sérosité muco-purulente (*hémorrhoïdes blanches).*

Nous avons eu l'occasion d'observer un malade âge de 50 ans, de tempérament lymphatico-sanguin, qui était atteint depuis fort longtemps d'une constipation opiniâtre, de pesanteur à l'anus et d'écoulement de sérosité muco-purulente. L'examen de l'anus nous a montré l'existence d'hémorrhoïdes externes en partie cutanisées. Le toucher rectal nous fit sentir des tumeurs hémorrhoïdales en grappe, donnant la sensation d'une framboise, occupant toute la périphérie du rectum, mais présentant surtout un volume plus considérable en avant au niveau de la prostate. L'écoulement sanguin n'avait jamais été abondant, puisqu'il était passé inaperçu. Mais ce qui nous a le plus frappé, c'est qu'il n'y avait pas de contracture du sphincter. Nous avons pu introduire deux doigts avec facilité.

B. *Hémorrhoïdes procidentes et saignantes facilement réductibles.* — Celles-ci sont d'abord intra-rectales, puis elles sortent au moment de la défécation, quelquefois pendant la marche; elles sont ordinairement saignantes surtout au moment de la défécation qui dure plus longtemps que d'ordi-

naire. Le bourrelet hémorrhoïdal entretient la sensation du besoin d'expulser. D'où efforts et congestions plus intenses des hémorrhoïdes. Après la garde-robe, la réduction s'opère seule ou aidée par la main du malade. Il est clair que dans des cas de cette nature le sphincter est plutôt relâché que contracturé.

C. *Hémorrhoïdes procidentes et réductibles mais douloureuses;*— **D**. *prolapsus douloureux lentement réductible.*—Dans ces deux cas il faut voir si la douleur tient au volume du bourrelet hémorrhoïdal ou à une complication. Quand la procidence est réalisée, le malade éprouve des douleurs très vives, des envies fréquentes d'aller à la selle, d'où augmentation de la congestion. Bientôt la tumeur crève sur quelque point et peut être réduite. Cette réduction est ordinairement suivie d'un calme réparateur. Dans d'autres circonstances, la douleur persistera, elle deviendra même plus cuisante qu'avant et pendant sa procidence. Il faut alors se livrer à un examen attentif qui permettra de découvrir ou une excoriation de la muqueuse ou une fissure anale provoquant une sphinctéralgie réflexe.

E. *Hémorrhoïdes internes, procidentes et irréductibles par étranglement serré.* — L'irréductibilité est l'accident le plus grave que l'on ait à observer dans l'histoire des hémorrhoïdes. Les malades éprouvent des douleurs excessives. Aucune position ne peut être gardée. A l'examen, on voit deux bourrelets concentriques: l'un périphérique et circulaire formé par les hémorrhoïdes externes, congestionnées et enflammées, l'autre central et mamelonné formé par les hémorrhoïdes internes dont la surface muqueuse, rouge et violacée par places, offre sur d'autres points une coloration noire due aux eschares (Gosselin). Malgré cela, on peut aller à la garde-robe mais avec des

souffrances atroces. Modéré et peu douloureux, l'étranglement ne persiste que peu de jours et il n'y a pas de mortification. L'hémorrhagie se fait et sous l'influence de cette déplétion la réduction s'opère.

Quand l'étranglement est très serré, il peut se prolonger 8 à 15 jours. Des eschares se forment et tombent entraînant des portions de tissu. L'inflammation amène l'oblitération des veines; quelquefois le bourrelet hémorrhoïdal peut disparaître. Dans tous les cas, la tumeur diminue de volume et peut être réduite. Le malade trouve donc des chances de guérison dans l'évolution même de son étranglement. Dans quelques circonstances, il est vrai, la gangrène emporte totalement et circulairement une partie du tissu anal et il en résulte une cicatrice circulaire pouvant occasionner un véritable rétrécissement.

La suppuration peut aussi être la terminaison des hémorrhoïdes étranglées, d'où fusées purulentes et persistance des fistules.

Il est facile de comprendre que des tumeurs hémorrhoïdales, occasionnant de tels accidents, compromettent la vie du malade; la constipation qui existe trouble les digestions et rend la nutrition imparfaite ; la douleur persistante de l'anus amène un véritable épuisement nerveux. Enfin, les hémorrhagies, qui peuvent être très abondantes, conduisent le malade à un véritable état cachectique. Discuter alors sur l'utilité d'une intervention chirurgicale serait de la naïveté la plus pure. La santé générale est troublée par les hémorrhoïdes, on doit agir. D'ailleurs ceci ne doit pas nous occuper en ce moment.

Après les descriptions que nous venons de donner, ne sommes-nous pas en droit de rejeter la définition des hémorrhoïdes donnée par M. Fontan : « Les hémorrhoïdes, dit-il, sont des tumeurs variqueuses de la région ano-rectale occa-

sionnées et entretenues par une contracture locale et susceptibles de fournir du sang à certains moments. » Cette définition est absolument en désaccord avec la clinique; elle s'applique à quelques cas, c'est certain, mais elle n'a pas le caractère de généralité que doit avoir une bonne définition. D'ailleurs elle est d'autant plus mauvaise qu'elle conduit nécessairement au traitement de la cause, la contracture. Il n'y a plus qu'à s'adresser à celle-ci pour voir s'évanouir tous les phénomènes.

Or, nous avons vu qu'il existe des faits où cette contracture fait absolument défaut. Nous repoussons donc l'absolutisme de M. Fontan, pour nous en rapporter à la saine observation des malades. Or, celle-ci nous montre qu'il est des cas absolument différents au point de vue de l'état local, c'est-à-dire au point de vue de l'altération des tissus. La thérapeutique ne peut donc être une pour une lésion variable. C'est ce que nous allons examiner dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III.

TRAITEMENT.

Nous nous occuperons seulement des *hémorrhoïdes idiopathiques.*

Faut-il traiter les hémorrhoïdes? Grave question qui a tour à tour été tranchée d'une façon différente à travers les divers âges de la médecine et qui constitue un magnifique exemple de l'étrange variabilité qui existe dans les opinions médicales en général. Nous ne nous lancerons pas dans un historique absolument superflu. Nous dirons seulement que l'on doit soigner les hémorrhoïdes dès quelles sont pour le malade un sujet de plainte, une cause de trouble pour la santé. Il est évidemment des cas où on doit les respecter. Lorsque ces tumeurs ne se manifestent que de temps en temps, après quelques excès, par un peu de pesanteur et de cuisson à l'anus, par un suintement sanguin insignifiant et puis que tout rentre dans l'ordre, il n'y a évidemment rien à faire. Ces varices sont même salutaires; elles constituent pour ainsi dire une *pars attrahens* de minime importance qui attire vers elle des mouvements fluxionnaires qui pourraient se faire vers un organe plus noble. Mais même dans ces cas légers le malade doit surveiller son régime, éviter la constipation. On doit aussi respecter les hémorrhoïdes lorsqu'elles se traduisent par des congestions et flux périodiques ; on ne doit intervenir que si l'hémorrhagie est trop abondante.

D'ailleurs la plupart des hémorrhoïdaires peuvent guérir

de leur infirmité sans opération (Mollière). Il suffit de ne pas attendre que la lésion soit trop avancée pour n'être plus justiciable que de la chirurgie.

Le traitement hygiénique est des plus importants. Le malade doit éviter tous les moyens susceptibles de congestionner le petit bassin : éviter les efforts en général, ne pas rester assis trop longtemps, repousser ces coussins percés d'un trou à leur centre qui, au lieu de diminuer les hémorrhoïdes, les augmentent (Dujardin-Beaumetz). Il serait superflu, d'ailleurs, d'insister sur l'utilité de l'exercice.

Le *régime* doit être particulièrement surveillé : il faut supprimer de l'alimentation « tous les mets de haut goût, les fromages putréfiés, les gibiers faisandés, certains légumes qui ont la propriété de donner naissance dans l'intestin à un dégagement gazeux abondant, les vins généreux » (Mollière), les liqueurs, le café. La nourriture sera mixte, en ayant soin de toujours y faire entrer les légumes et surtout les fruits mûrs (Teissier), les fruits cuits en hiver, les raisins en automne (Herpin, de Metz, ampélo-thérapie), surtout les fraises, (Herpin, de Genève) ; enfin, le lait, le beurre doivent aussi y entrer en abondance.

Une question non moins importante que le régime est celle des gardes-robes. Il faut que l'hémorrhoïdaire ait une selle tous les jours. Tout le monde sait les heureux résultats qu'obtiennent les gens constipés en prenant l'habitude de se présenter à la même heure à la garde-robe. Nélaton conseillait aux hémorrhoïdaires de choisir le soir avant le coucher pour que le rectum soit vide toute la nuit. Si la constipation est trop forte, il ne faut pas se livrer à des efforts trop considérables ni trop longs qui augmentent la tension hémorrhoïdale. On ne doit pas rester plus de cinq minutes dans la position de la défécation qui favorise la congestion du petit bassin. Si ce temps est insuffisant, mieux vaut s'aider d'un lavement. Vieux moyen qui a été bien à la mode, mais qui a

été l'objet de vives critiques; on lui reproche, en effet, de produire la paresse du rectum et d'augmenter ainsi une cause de constipation. Il s'agit de s'entendre. Les lavements tièdes produisent certainement ce résultat. Il n'en est pas de même des lavements froids qui jouent dans le traitement des hémorrhoïdes au début un rôle très important. Garvin, d'après Dujardin-Beaumetz, exigeait même qu'un hémorrhoïdaire n'allât jamais à la selle sans avoir fait précéder cet acte d'un lavement froid. Celui-ci excite en effet par la réaction qu'elle produit la contraction des fibres musculaires endormies. C'est donc un moyen éminemment tonique. Les douches froides rectales et périnéales rentrent dans le même ordre d'idées: elles agissent sur l'ensemble des muscles qui prennent part à l'acte de la défécation.

C'est après l'emploi de ces agents et leur insuffisance démontrée qu'on s'adressera au traitement pharmaceutique. Nous ne pouvons nous étendre sur ce point; on choisira de préférence les purgatifs doux, sucrés ou huileux, les eaux purgatives naturelles, la glycérine (Young), 8 à 10 grammes matin et soir. Enfin, Herpin conseille comme purgatif le mélange suivant:

Fleur de soufre lavée
Magnésie calcinée . . . } aa parties égales.
Sucre de lait. . . . . .

Une cuillerée à café tous les matins.

D'autres médicaments s'adresseraient directement aux hémorrhoïdes. La millefeuille en infusion (Teissier, de Lyon), la petite chelidoine, 50 à 60 gr. par 1000 gr. d'eau (Berlemont, Van-Holseek), le piment annuel, en pilules, à la dose de 0,75 centigr. à 1 ou 2 gr. (Allègre), ont tour à tour été vantés.

Localement, on a aussi préconisé l'emploi des astringents en général: lavements de sous-acétate de plomb (Watson),

lotions à l'eau blanche (Richard), pommade au tannin(Herpin); les infusions de ratanhia, écorce de chêne, roses de provins, etc.; on a aussi beaucoup vanté la puissance résolutive de suppositoires à l'iodoforme. Ce seul traitement peut parfaitement suffire pour guérir ou tout au moins rendre tolérables des hémorrhoïdes internes non procidentes ou procidentes mais réductibles facilement.

Indépendamment de ce traitement régulier dirigé contre l'affection même, on peut avoir à traiter un accident fréquent, l'hémorrhagie.

Un écoulement sanguin abondant doit être arrêté; le froid est le premier agent à administrer. Les lavements froids seront utiles; s'ils ne suffisent pas, on donnera des lavements d'eau glacée (Mollière) qui ne présentent aucun inconvénient. Les injections d'eau de Pagliari glacée, d'une solution de sulfate de zinc (Copeland), des applications directes de poudre de persulfate de fer pourraient encore être utilisées.

Tout ce que nous avons dit jusqu'à présent constitue un traitement presque médical et ayant un caractère général Nous devons maintenant préciser davantage et voir ce qu'il convient de faire dans les cas plus compliqués et suivant les deux grandes variétés d'hémorrhoïdes.

I. Hémorrhoïdes externes.— « 1° Pour les hémorrhoïdes flasques, molles et indolentes, il n'y a absolument rien à faire; 2° pour celles qui sont légèrement turgescentes, sans douleur, avec un peu de tuméfaction, rien à faire encore que quelques applications froides. » Ainsi s'exprime Gosselin; mais nous avons vu que ces tumeurs peuvent occasionner une douleur vive, s'enflammer, s'ulcérer. Que faut-il faire alors? On pourra débuter par des applications de compresses froides, de cataplasmes de fécule froids, bains de siège tièdes ou froids, surtout les bains généreux tièdes. Les sangsues ne doivent pas être appliquées. En même temps le régime sera

très sévère, on prescrira un laxatif léger. Quelquefois malgré ces soins les phénomènes ne s'amendent pas; l'inflammation menace de passer à l'état chronique ou à la suppuration. On a alors proposé d'intervenir par l'incision, l'excision et la cautérisation (Mollière).

1° *Cautérisation.* On s'est servi soit du feu, soit des caustiques. «Mais, en somme, comme méthode générale de traitement pour les hémorrhoïdes externes, la cautérisation doit être rejetée.» (Mollière.)

2° L'*incision* serait inoffensive et très utile. Elle est recommandée par Allingham, Curling, Mollière. On saisit la tumeur entre le pouce et l'index, on la perfore à sa base avec une lancette ou un bistouri et on sectionne une de ses moitiés. Une légère pression fait sortir le caillot. On place une mèche de coton au fond du petit cul-de-sac veineux. C'est le débridement d'un tissu étranglé. L'hémorrhagie n'est pas à craindre en condamnant le malade au repos. Ce procédé est surtout excellent quand il n'y a qu'une hémorrhoïde récente et franchement veineuse.

Si la suppuration survient, il est clair qu'on doit donner issue au pus par l'incision.

3° L'*excision* a aussi été préconisée. On enlève la tumeur d'un coup de ciseau pendant la période inflammatoire. L'hémorrhagie nous paraît être à craindre; aussi trouvons-nous plus sage la méthode préconisée par M. le professeur Benoit: excision quand la période inflammatoire est tout à fait tombée.

II. Hémorrhoïdes internes.— Nous avons vu comment on les traitait dans les cas légers, comment on arrêtait l'hémorrhagie. Celle-ci peut être assez forte pour nécessiter le tamponnement du rectum. Nous avons maintenant à examiner le trai-

tement des accidents qui surviennent dans leur évolution et les divers moyens chirurgicaux que l'on a employés pour obtenir une cure plus ou moins radicale.

Nous devons tout d'abord nous occuper de la *procidence* des hémorrhoïdes. La procidence peut être facilement réductible. Le malade fait alors rentrer lui-même sa tumeur. Mais elle peut être aussi lentement et difficilement réductible. Les compresses trempées dans l'eau froide, le repos dans la position horizontale suffiront quelquefois, pas toujours cependant.

Mollière, avec raison, s'élève contre l'emploi du *taxis forcé*, des mouchetures, des incisions, contre l'application des sangsues. Si le froid était contr'indiqué, on emploierait des applications tièdes, des émollients; à l'intérieur, un peu de chloral ou de bromure de potassium. S'il y avait constipation, on donnerait les eaux minérales purgatives de Fréderischal ou de Pulna mais à doses laxatives seulement.

Si ces moyens échouaient, on pourrait employer le taxis méthodique : « Allingham conseille de placer le malade sur le ventre, le siège soutenu par 3 ou 4 coussins, de manière à relever les hanches et à mettre la masse intestinale dans une position déclive relativement au rectum. Exerçant alors sur la tumeur, enduite d'un corps gras, une pression douce et persévérante, on arrive à vider les hémorrhoïdes de leur trop plein de sang et à leur faire reprendre leur place au-dessus du sphincter. »

M. Mollière recommande, pour pratiquer le taxis modéré, de faire coucher le malade sur le côté, le siège élevé à l'aide de coussins. On introduit ensuite dans l'anus la pulpe de l'index gauche préalablement huilée. Alors même que la réduction semble matériellement impossible, ce toucher rectal est pratiqué sans trop de difficulté. Le doigt servira de guide, de conducteur à vos manœuvres de réduction qui

consisteront à refouler lentement les parties du côté du rectum.

On pourrait pratiquer le taxis, après avoir appliqué sur la tumeur pendant quelque temps une vessie contenant de la glace, mais il faut surveiller l'emploi de ce moyen, car trop prolongé, il pourrait occasionner la gangrène.

Nous avons vu dans l'étude clinique que les tumeurs hémorrhoïdales peuvent s'étrangler. L'étranglement peut cesser sous l'influence des moyens dont nous venons de parler; il n'en est pas toujours ainsi. Si l'étranglement persiste 8 à 15 jours, la tumeur est douloureuse; des eschares se forment. A leur chute, la tumeur ayant perdu de son volume, se réduira. On pourra même avoir une guérison naturelle plus ou moins complète. Lorsque les eschares ne sont pas assez étendues pour donner un résultat satisfaisant, pour M. Gosselin, l'indication est de multiplier les points de destruction par la cautérisation de quelques-unes des places au niveau desquelles les eschares n'existent pas. C'est ce qu'il appelle la *cautérisation adjuvante*, avec l'acide azotique qui, en pareil cas, serait le caustique le plus avantageux. Le fer rouge ne devrait pas être employé à cause de la douleur et de la phlegmasie très intense qui peuvent résulter de son application.

Enfin, dans ces derniers temps, on recommande la dilatation forcée de l'anus contre les hémorrhoïdes étranglées. Nous ne jugeons pas ce moyen ici. Nous devons, en effet, examiner maintenant les divers procédés chirurgicaux que l'on a proposés pour la cure radicale des hémorrhoïdes. Nous passerons tour à tour en revue l'*excision*, la *ligature*, l'*écrasement linéaire*, la *cautérisation*, et enfin la *dilatation forcée*.

I. Excision. — C'est la méthode la plus simple: on saisit la tumeur avec des pinces, on l'attire au-dehors, on l'incise avec un bistouri, ou on la fait sauter d'un coup de ciseaux. M. le

professeur Benoît s'en est déclaré partisan en 1860. Pour lui, il ne s'agit que de choisir le moment opportun, c'est-à-dire le moment où le mouvement fluxionnaire a complètement cessé. Mais en résumé, la plupart des auteurs nous paraissent avec raison proscrire une méthode qui expose à des hémorrhagies pouvant devenir mortelles, à des phlébites, à l'infection purulente, à des cicatrisations pouvant amener des rétrécissements du rectum.

II. Ligature. — Elle était employée par Hippocrate. J.-L. Petit en fit l'histoire pour montrer les accidents épouvantables auxquels exposait cette méthode opératoire qui tomba ainsi en France en complet discrédit. En 1866, dans sa brochure, M. Gosselin la rejetait absolument.

Cependant en Angleterre, elle a continué à jouir de la faveur des chirurgiens. Earle, Curling, Fergusson, Holmes, Allingham, en particulier, en sont les zélés partisans. Ce dernier appuie son opinion sur une statistique de 3210 opérations. Le procédé a été celui mis en pratique à l'hôpital Saint-Marc : « On saisit une des hémorrhoïdes avec une pince ou un crochet double, et l'attirant en bas, on détache au moyen de forts ciseaux pointus la tumeur des tissus musculaires et sous-muqueux sur lesquels elle repose. La section doit porter dans le sillon ou au niveau de la marque blanche qui indique le point où la peau se continue avec la muqueuse, et être prolongée en haut, parallèlement à l'intestin, dans une étendue telle que la tumeur hémorrhoïdale n'adhère plus au rectum que par ses vaisseaux et un lambeau de muqueuse. Au moyen d'une ligature de soie forte et bien cirée, qu'on place dans l'incision qui a été pratiquée, on étreint le collet de la tumeur aussi fortement que possible. » (Duplay.) Chaque hémorrhoïde doit être ainsi isolée et liée à part, puis on réduit. On excise les marisques. Lavement opiacé. Bandage

en T compressif pour prévenir et calmer le ténesme. Les ligatures tombent du sixième au septième jour.

Ce procédé de l'hôpital Saint-Marc est en somme une combinaison de l'excision et de la ligature. Il reste moins à faire au fil que n'ont fait les ciseaux. Aussi on ne peut se fixer sur la statistique donnée pour apprécier la ligature. Il est certain qu'appliquée simplement, elle donne naissance à des accidents graves. Il faut donc distinguer les cas. On verra alors que la ligature est excellente et constitue le procédé de choix pour les *hémorrhoïdes polypiformes*. Ces tumeurs offrent une surface libre assez étendue au niveau de l'orifice anal, avec un prolongement dans l'intérieur du rectum. Ce prolongement s'effile dans l'intestin à la manière d'un pédicule. M. Gosselin, qui signale cette variété d'hémorrhoïdes dans ses leçons cliniques, revient sur sa première opinion et montre par cinq observations combien la ligature est facilement applicable dans ces cas-là.

On peut employer soit un fil ordinaire, soit un fil élastique.

III. Ecrasement. — L'écrasement *annulaire*, tel que le pratiquait Chassaignac en saisissant toute la base de la tumeur dans l'anse de son instrument, est généralement repoussé aujourd'hui. C'est une méthode barbare et antichirurgicale (Allingham). Elle n'aurait d'ailleurs pas les avantages affirmés par son inventeur: absence d'hémorrhagie, de pyohémie etc. Ces accidents seraient au contraire assez fréquents, et de plus on serait exposé à une obturation immédiate de l'anus et à un rétrécissement cicatriciel du rectum pour l'avenir. Cependant on peut employer *l'écrasement linéaire partiel*, tel que l'a préconisé M. Gosselin. On commence par diviser la base de la tumeur en quatre ou cinq pédicules sur chacun desquels on applique un fil. L'écraseur agit ensuite sur chacun de ces pédicules. Il faut aller lentement. Vingt ou trente

minutes sont nécessaires pour chaque pédicule. On peut employer plusieurs écraseurs. En procédant avec lenteur, il est rare qu'on ait de l'hémorrhagie. Les dangers sont beaucoup moindres, mais ils ne seraient pas encore complètement supprimés.

A cette méthode nous rattacherons *la ligature extemporanée* avec un serre-nœud. Celui de Maisonneuve est le plus fréquemment employé. On doit encore procéder par extirpation fragmentaire. D'après MM. les professeurs Estor et Grynfeltt, le serre-nœud ne vaudrait nullement l'écraseur pour l'ablation des hémorrhoïdes. (Thèse de Thau, pag. 57.)

IV. Cautérisation. — Cette méthode comprend un très grand nombre de procédés susceptibles d'être réunis en deux grands groupes, suivant que l'on prend pour agent de cautérisation le fer rouge ou les caustiques solides et liquides.

1° Cautérisation par le fer rouge. — Employée dès la plus haute antiquité, elle a été surtout préconisée par Bégin, par Ph. Boyer, Velpeau, Nélaton, Denonvilliers, Richet et Gosselin. Elle peut être appliquée de diverses manières. Elle peut être, en effet, *totale* ou *destructive*, *superficielle*, *interstitielle*.

a. *Cautérisation destructive.* — *Bégin*, agissant à peu près comme les anciens, introduisait dans le rectum un gros tampon de charpie attaché par un fil de laiton devant résister à l'action du feu. Le malade faisant des efforts de défécation, le chirurgien tirait sur le tampon, les hémorrhoïdes sortaient. On les détruisait avec un gros cautère olivaire chauffé à blanc. C'est là un procédé grossier donnant lieu à des cicatrices fort gênantes.

M. Richet a inventé des pinces spéciales, pince cautère écrasante, réglé le mode opératoire et désigné son procédé

sous le nom de procédé par *volatilisation*. Il en donne encore une description dans une leçon, parue le 4 mars 1885, dans la *Semaine médicale*: le bourrelet hémorrhoïdaire est d'abord enveloppé de compresses mouillées qui doivent protéger les fesses contre le rayonnement du calorique Les pinces semblables à un fer à friser, présentent deux mors fortement crénelés à l'intérieur et dont les crénelures s'emboîtent réciproquement. Elles sont chauffées au rouge sombre.«Je prends les hémorrhoïdes entre les deux mors de la pince; puis, je rapproche les mors et de la sorte je joins l'écrasement à la brûlure, c'est-à-dire, à la cautérisation. Dès que les mors sont rapprochés, on entend une crépitation fine et on voit un nuage de fumée s'échapper des hémorrhoïdes; bientôt les bourrelets hémorrhoïdaires ont disparu, et à leur place existe une sorte de petit moignon noirâtre, moignon très mince et semblable à une feuille de papier.»Pour éviter d'avoir une cicatrice circulaire, M. Richet pédiculise trois points seulement du bourrelet hémorrhoïdaire et laisse entre ces trois points une bande de tissu sain. Pour faire la pédiculisation, il se sert d'une pince à érigne avec laquelle il pique la muqueuse à 2 ou 3 centimètres au-dessus du bord anal, et l'attire au dehors. A la base de cette muqueuse, il passe un fil métallique au moyen d'une forte aiguille courbe, recourbe le fil et fait tenir les deux bouts par un aide: quand on a fait ainsi trois pédicules, on les détruit avec la pince. Il reste donc trois plaies, trois encoches. Sur 160 opérations de volatilisation, il n'y a eu qu'un cas de mort et encore par pneumonie double. Le pansement consécutif est très simple: on applique sur la brûlure des cataplasmes froids jusqu'à ce que l'eschare soit tombée.

Les Anglais et surtout H. Lee, H. Smith, Allingham combinent la *cautérisation ignée avec l'usage du Clamp*. On peut aussi se servir d'un entérotome. Le clamp est un instrument

très simple. Il consiste en une pince dont la forme serait celle de ciseaux non tranchants et courbes sur le plat, et qui sont maintenus fermés à l'aide d'une vis ou d'un cran d'arrêt. Smith en a un de spécial dont les branches sont garnies de plaques d'ivoire destinées à empêcher le rayonnement. Voici comment on procède: la veille, purgatif; le matin même, plusieurs lavements. On amène les hémorrhoïdes en procidence avec une pince (ring hémorrhoïdal forceps) dont les mors en forme d'anneau sont creusés circulairement d'une rainure. Par de légères tractions et torsions, on les pédiculise. La base ou le pédicule de la tumeur est ensuite saisi et étranglé entre les mors d'un clamp. Alors, excision de la tumeur en laissant un pédicule aussi long que possible. Puis cautérisation de la surface saignante avec un petit cautère en forme de roseau, et chauffé à la température rouge cerise. On retire le clamp, on irrigue à l'eau fraîche et on réduit. Immédiatement après, lavement d'amidon opiacé et froid.

Cette opération n'est possible qu'à condition de pouvoir pédiculiser les hémorrhoïdes. Si celles-ci ont une large base, on ne peut les saisir avec le clamp.

D'ailleurs ce procédé expose à l'hémorrhagie secondaire et même à la pyohémie. Il ne doit pas être employé quand il y a des hémorrhoïdes externes. Pour M. Mollière, cette méthode n'est applicable que lorsque les tumeurs sont peu volumineuses, nettement limitées, faciles à pédiculiser et peu nombreuses.

On peut aussi enlever les bourrelets hémorrhoïdaux avec l'*anse galvanique* (Bottini). Mais c'est un instrument coupant rapidement et difficile à manœuvrer à ce point de vue. « Méfiez-vous aussi du *thermo-cautère;* il coupe trop vite et donne lieu à des hémorrhagies terribles.» (Richet.)

b. *Cautérisation superficielle.*— Recommandée par Demar-

quay (1860). On attire au-dehors la tumeur à l'aide de pinces et on promène rapidement le fer rouge à leur surface; « c'est un moyen sûr et ses états de service sont assez respectables, mais c'est un procédé douloureux qui ne saurait être employé qu'avec une extrême prudence.» (Mollière.) Comment calculer d'avance les effets du rayonnement?

c. *Cautérisation interstitielle.* — M. Verneuil en a donné le manuel opératoire. La pointe d'un cautère ordinaire ou du thermo-cautère ou du cautère galvanique est lentement introduite à 10 ou 15 millimètres de profondeur. On imprime alors un mouvement de circumduction, on la laisse en place quelques secondes et on la retire.

Dans ces diverses cautérisations, le chirurgien doit voir si l'anesthésie est nécessaire, c'est ce qui arrive le plus souvent.

Pour nous résumer, nous dirons que la méthode ignée convient aux hémorrhoïdes volumineuses et sessiles. Le procédé de Richet, la cautérisation interstitielle seule ou combinée avec la superficielle, nous paraissent être les procédés de choix.

2° Cautérisation par les caustiques. — Les résultats obtenus sont à peu près les mêmes que ceux que l'on obtient par le feu, seulement ils sont plus lents à se produire. On peut avec les caustiques essayer de détruire complètement la tumeur ou simplement la modifier, d'où une cautérisation destructive et une cautérisation modificatrice.

a. *Cautérisation destructive.* — Nous n'insisterons pas car elle est presque absolument abandonnée aujourd'hui. (Mollière.)

Amussat, Valette (de Lyon) ont des pinces spéciales que

l'on peut garnir de caustiques et avec lesquelles on serre la base des hémorrhoïdes. Amussat employait le caustique de Filhos, Valette le chlorure de zinc. *Jobert* embrassait la base de la tumeur avec des *capsules hémorrhoïdales* et recouvrait la tumeur de pâte de Vienne.

Bonnet coiffait les hémorrhoïdes d'un petit sachet rempli de pâte de Vienne. Quand l'eschare était obtenue, il remplaçait le sachet par une rondelle de canquoin qu'on laissait en place pendant 12 heures.

b. *Cautérisation modificatrice.* — Celle-ci a gardé en France une plus grande vogue à cause des travaux de Gosselin. Elle nous est venue d'Angleterre. Houston de Dublin a proposé dès 1843 l'emploi de l'acide azotique. On a aussi préconisé le nitrate acide de mercure, l'acide chlorhydrique, l'acide chromique, le chlorure de zinc. Mais c'est l'acide azotique monohydraté qui est le plus souvent employé. On humecte légèrement d'acide un pinceau d'amiante, on touche l'hémorrhoïde et on maintient le contact jusqu'à ce que la portion de muqueuse qui a été touchée blanchisse. L'acide azotique monohydraté « en produisant une eschare superficielle, diminue d'autant l'épaisseur de l'hémorrhoïde et amène, par la phlegmasie qu'il provoque dans les veines dilatées, la coagulation du sang, et par suite l'impossibilité, sinon pour toujours, au moins pour un temps très long de se distendre au point d'occasionner de nouveaux accidents.» (Gosselin.) Cette méthode a un grand inconvénient, c'est qu'elle est excessivement douloureuse. Aussi pour les grosses tumeurs elle est impossible et doit céder le pas au cautère actuel. Mais elle convient très bien pour les petites hémorrhoïdes internes. Deux ou trois attouchements, faits à 8 jours au plus d'intervalle, suffisent pour donner un bon résultat.

Voici d'ailleurs une observation inédite d'hémorrhoïdes

guéries par l'acide nitrique. Elle est d'autant plus intéressante que la guérison se maintient depuis 40 années.

M. D. est d'une constitution robuste, il ne présente rien à noter comme hérédité.

En 1845 (il avait alors 19 ans), il contracte une première blennorrhagie qu'il traite d'abord lui-même, puis il entre à l'hôpital et en sort non guéri.

Quatre années de continence et de tempérance absolues. Uréthrite nouvelle au premier coït. Les hémorrhoïdes apparaissent ; elles n'occasionnent pas de gêne sensible, il n'y a qu'un léger suintement sanguin. Pas de traitement. Quatre années se passent et les hémorrhoïdes vont toujours augmentant au point de rendre la défécation si non douloureuse du moins longue et difficile.

Le changement de climat amène une amélioration sensible dans l'état du malade.

En 1859, nouvelle uréthrite et aggravation.

Surviennent alors des tumeurs hémorrhoïdales et un flux sanguin intermittent considérable. Traitement. Onguent populéum, suppositoires astringents. Ce traitement n'amène aucune atténuation dans les symptômes ; l'état s'améliore par le régime et l'hygiène rigoureusement observées.

En 1862, nouvelle uréthrite, aggravation. Les tumeurs augmentent, font saillie au-dehors et s'étranglent.

La réduction ne peut être opérée qu'après plusieurs jours de traitement (bains de siège, lavements émollients, sangsues à l'anus), mais la muqueuse rectale est prolabée et à partir de ce jour la station debout, la marche, voir la simple promenade sont interdites au malade.

Enfin, M. D. consent à se laisser opérer. Trois cautérisations à l'acide nitrique sont faites par le Dr Aubry de Rennes.

Conséquences immédiates: douleurs atroces survenues une

heure après la cautérisation et ayant duré 12 heures environ. Refroidissement des extrémités que rien ne peut réchauffer. Tête prise, menace de tétanos, traitement: irrigations d'eau fraîche.

La cicatrisation met trois semaines à se faire et tout rentre dans l'ordre. Pas de récidives. Guérison complète puisque rien n'est apparu depuis 40 ans.

5° Dilatation forcée. — Cette manœuvre opératoire a été tout d'abord appliquée au traitement de la fissure à l'anus par Récamier, Maisonneuve, et pour ce cas particulier, c'est la méthode de choix. Dans ces derniers temps, on a proposé le même moyen pour la cure des hémorrhoïdes. M. Fontan (de Lyon) (*Moniteur de thérapeutique* 1875) est le premier qui ait appliqué la dilatation forcée au traitement des tumeurs hémorrhoïdales. Presque en même temps, M. Verneuil inspirait la thèse de Christofari 1876, faite sur le même sujet. Ajoutez à cela les écrits de Wannebroucq de Lille 1877, de Monod, de Pauzat et vous aurez les principaux noms qui se rattachent à l'histoire de la dilatation forcée appliquée aux hémorrhoïdes.

Tout d'abord faisons remarquer que le chirurgien ne doit pas perdre de vue que cette dilatation forcée doit toujours être faite avec méthode, régularité. Il faut de la force, mais de la force sagement dirigée, rien de la violence brusque qui pourrait occasionner des complications.

On peut pratiquer la *dilatation digitale* ou la *dilatation instrumentale.*

1° Dilatation digitale. — Après avoir vidé le rectum par un lavement, on fait placer le malade sur le ventre ou sur le côté. La position de la taille périnéale ne nous paraît pas

convenir. On chloroformise le malade. Le chirurgien peut alors procéder de différentes manières. Récamier introduisait les deux pouces dans le rectum et les écartait dans le sens transversal jusqu'à la rencontre des ischions. De plus, il pratiquait le *massage cadencé* du sphincter entre le pouce et les autres doigts. Maisonneuve, un peu trop violent, introduisait la main disposée en cône dans le rectum et il la retirait le poing fermé.

Nélaton faisait simplement la dilatation transversale avec les pouces. Chassaignac ajoutait à la précédente la dilatation antéro-postérieure. MM. Gosselin, Dubrueil (Méd.oper., p.654) préfèrent dilater avec les index auxquels on ajoute ensuite les médius.

Ce mode opératoire a l'avantage de permettre au chirurgien de sentir ce qu'il fait, mais il a les inconvénients d'être assez difficile à bien pratiquer; en déployant beaucoup de force, il est difficile d'éviter les brusques tractions, de répartir uniformément sur tout le muscle l'action exercée. La déchirure du muscle peut être incomplète, et les récidives ne sont pas rares.

2° Dilatation instrumentale. — Avec les instruments, on agit avec une force que l'on dirige plus facilement. On a d'abord employé des instruments en bois analogues à ceux dont les gantières se servent pour dilater les gants (Gensoul). Mais ces instruments peuvent se casser, aussi s'adresse-t-on de préférence aux spéculums.

Le speculum uteri d'A. Paré, dont les trois longues et solides branches peuvent donner à leur extrémité un écartement de 0,10 centimètres, est conseillé par Mollière, Valette.

Nous avons vu employer à l'hôpital Saint-Eloi le spéculum Cusco par M. Dubrueil, celui de Bozeman par M. Tédenat. Le spéculum de Cusco nous paraît être encore celui qui convient le mieux. L'instrument est introduit fermé, on le retire tout

ouvert mais lentement. On dilate ainsi les sphincters interne et externe.

M. Verneuil conseille-le spéculum de Ricord d'abord, celui de Lisfranc ensuite. L'opération doit être faite lentement, progressivement dans l'espace d'une demi-minute environ.

Les suites seraient des plus simples. Les douleurs sont modérées. Le sphincter dilaté permet à la muqueuse rectale de faire procidence; mais il reprend bientôt une tonicité suffisante pour la maintenir. Il peut y avoir un peu de dysurie, on pratique alors le cathétérisme; un peu de catarrhe rectal qui cède aux émollients, des ecchymoses que l'on traite par les moyens ordinaires.

Nous l'avons dit, on donne habituellement le chloroforme. M. Courty est contre l'anesthésie, il croit que celle-ci peut permettre au muscle un tel relâchement que la dilatation forcée ne produit pas de résultat. Il vaut mieux endormir le malade car la douleur est trop violente.

Nous connaissons le manuel opératoire. Examinons les indications et contre-indications. D'après les chirurgiens qui préconisent ce moyen, rien ne vaut la dilatation forcée. Nous avons vu M. Verneuil déclarer que les lavements froids et la dilatation forcée constituaient tout le traitement des hémorrhoïdes; aujourd'hui, on peut le dire il y a un véritable engouement pour cette méthode. On sait sur quelles notions anatomiques repose cette conviction ; on brise les fibres musculaires du sphincter qui comprennent les canaux de dérivation reliant les ampoules terminales des veines hémorrhoïdales supérieures aux veines hémorrhoïdales inférieures. Par définition pour M. Fontan, les hémorrhoïdes sont des varices occasionnées et entretenues par une contracture locale, il faudrait donc toujours dilater. Il y a évidemment exagération. La contracture du sphincter n'existe pas toujours, elle manque même souvent. Il suffit pour

s'en convaincre de se rapporter à l'étude clinique. D'ailleurs il est fort difficile de distinguer la tonicité normale du sphincter de la contracture. Cette tonicité est en effet extrêmement variable. Pour être fixés, il faut pratiquer le toucher rectal. Si l'index pénètre facilement, sans douleur vive, si, quand on le retire il ne présente pas cette teinte de pâleur qu'occasionne la striction, si surtout on peut introduire les deux doigts, nous ne voyons pas ce qu'aurait à faire la dilatation forcée. Dans le cas contraire, nous sommes d'ailleurs convaincus que la dilatation est éminemment utile. C'est surtout dans les cas où il n'y a pas douleurs et ténesme rectal, qu'il est délicat de prendre une décision. Le chirurgien doit donc acquérir une notion fixe sur l'état du sphincter ; si sa tonicité est exagérée, s'il y a contracture, on peut pratiquer la dilatation.

Ce moyen est surtout et toujours indiqué quand il y a sphinctéralgie due à une ulcération ou à une excoriation des hémorrhoïdes ayant occasionné la contracture réflexe du sphincter. Là, pas de doute, ces cas là rentrent d'ailleurs dans le chapitre de la fissure à l'anus. Mais on doit laisser de côté la dilatation forcée: 1° dans les hémorrhoïdes externes dont la pathogénie n'a rien à faire avec la tonicité du sphincter; 2° dans les hémorrhoïdes non procidentes, le muscle étant normal. Dans ce cas, la dilatation n'aurait d'autre résultat que de rendre procidentes des tumeurs qui ne l'étaient pas; 3° dans les hémorrhoïdes facilement procidentes et facilement réductibles, car ce simple phénomène montre suffisamment que le sphincter n'est pas serré; 4° dans les cas de tumeurs procidentes habituellement, le sphincter présentant un certain degré de relâchement; 5° enfin, certains proscrivent aussi la dilatation dans les hémorrhoïdes enflammées.

Reste à étudier l'application de ce moyen chirurgical au traitement des hémorrhoïdes étranglées. Il y a des observations

montrant les heureuses conséquences de la dilatation. M. Monod a tout récemment publié un cas suivi de succès. Il est donc incontestable que la dilatation forcée peut être utile dans l'étranglement. Est-ce à dire dans tous les étranglements? Nous ne le croyons pas. «Quand le gonflement est dû à une constriction prolongée, ce n'est plus du sang liquide, c'est du sang coagulé qui remplit les veines, et celles-là ne s'en débarrassent pas aussi facilement. De plus, des épanchements séreux et plastiques périphlébétiques contribuent sans doute aussi à l'augmentation de volume et ne peuvent pas disparaître aussi instantanément après la réduction. C'est pourquoi le bourrelet, gêné dans la portion sphinctérienne du rectum où il n'y a pas assez de place provoque, à la manière d'un corps étranger, des efforts d'expulsion et redescend.»

Ainsi s'exprime M. Gosselin dans ses cliniques. Par conséquent dans un étranglement ancien le travail inflammatoire qui se serait produit dans la tumeur contr'indique la dilatation que l'on devrait réserver pour les cas récents. Cependant, tout en reconnaissant la justesse de l'observation de M. Gosselin, nous devons avouer que les observations rapportées sont favorables au traitement des étranglements anciens par la dilatation. Il faut donc chercher l'indication dans un élément autre que celui de l'ancienneté plus ou moins grande de l'accident.

M. Richet, dans la leçon dont nous avons déjà parlé, nous paraît avoir tranché la question. Il faut, d'après lui, distinguer un étranglement actif et un étranglement passif. Il s'explique par des exemples: «Qu'arrive-t-il le plus souvent dans l'étranglement herniaire? L'intestin sort par un orifice inextensible, les matières continuent à arriver dans ce bout d'intestin et s'y accumulent; il y a en même temps stase veineuse dans l'anse intestinale herniée: d'où gonflement de cet anse et étranglement passif.

L'étranglement actif est tout autre. Ainsi lorsque le collet

du sac étrangle l'intestin, on a affaire à l'étranglement actif. »

Les déductions sont faciles à tirer. Si les hémorrhoïdes, sous l'influence d'une poussée congestive augmentent de volume et passent à l'anus, si le sphincter se contracture, il y aura étranglement actif. Le plus souvent le sphincter n'est pas contracturé, les hémorrhoïdes sont étranglées passivement et la preuve c'est qu'il est presque toujours facile d'introduire le doigt dans l'anus malgré le bourrelet étranglé. La dilatation devrait être réservée au premier cas. Dans le second, on chercherait à profiter de l'étranglement comme d'un moyen curatif. Nous nous sommes déjà expliqués sur ce point.

CONCLUSIONS

Nous nous contenterons de déduire de notre travail les conséquences pratiques qui découlent de l'étude que nous avons faite du traitement des hémorrhoïdes.

1° Le plus généralement ces varices sont justiciables d'un traitement médical combiné avec certaines applications locales.

2° Quand leur volume et les accidents provoqués sont trop intenses, troublent la santé, elles ressortissent alors à la chirurgie et sont justiciables de diverses méthodes de traitement.

L'*excision* est abandonnée, elle pourrait cependant être employée pour quelque tumeur pédiculée, mais à un moment où tout mouvement fluxionnaire a cessé.

La *ligature* convient aux hémorrhoïdes polypiformes.

L'*écrasement annulaire total* doit être abandonné. On pourrait pratiquer l'*écrasement linéaire partiel* pour d'énormes tumeurs hémorrhoïdales en procidence.

La *cautérisation ignée* convient surtout aux grosses tumeurs hémorrhoïdales. Si on veut la faire *destructive*, le procédé de la volatilisation de M. Richet nous paraît le meilleur. Si elle est suffisante, la cautérisafion *interstitielle* nous paraît préférable.

Pour les tumeurs hémorrhoïdales internes de peu de volume, la *cautérisation avec l'acide nitrique* nous paraît un bon moyen.

La *dilatation forcée* convient lorsqu'il y a contracture ou

tonicité normale exagérée du sphincter, lorsqu'il y a ulcération ou excoriation de la tumeur et sphinctéralgie.

Elle convient aussi aux hémorrhoïdes étranglées, quand l'étranglement est actif.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
CASTAN.

Vu :
Le Président censeur,
ESTOR.

Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !